

Istanza di riesame Omesso pagamento

Impresa _____

C.F. _____ Rea _____

Indirizzo e-mail _____ Tel. _____

Il sottoscritto _____

C.F. _____ Residente _____

in qualità di Legale rappresentante/Titolare/Erede

CHIEDE LO SGRAVIO TOTALE/PARZIALE DELLA CARTELLA DI PAGAMENTO

Numero cartella	Data notifica	Anno iscritto a ruolo *

* i dati sono indicati alla pagina contenente il DETTAGLIO DEGLI ADDEBITI

in quanto:

il pagamento del diritto è stato effettuato il _____ indicando sul modello F24:

- il codice fiscale _____ anziché _____

- l'anno _____ anziché _____

- il codice ente locale _____ anziché _____

la domanda di cancellazione dal Registro imprese è stata presentata il _____

per:

a) cessata attività dal _____

b) bilancio approvato il _____

c) scioglimento del _____

è stata emessa sentenza di fallimento il _____

la cooperativa è sciolta con provvedimento dell'Autorità Governativa del _____

il titolare dell'impresa individuale è deceduto il _____

l'impresa è una START UP/INCUBATORE CERTIFICATO iscritta nella Sezione Speciale

il _____

altro _____

Allo scopo allega:

copia della prima pagina e di quella contenente il DETTAGLIO DEGLI ADDEBITI della cartella notificata

copia della quietanza modello F24

altra documentazione utile al riesame

Firma

Data _____

_____ Firma autografa ¹ / Firma digitale ²

(1) In caso di firma autografa, ammissibile nei casi previsti dal D.Lgs 82/2005, allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

(2) Ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs 82/2005

Informativa trattamento dati personali "Diritto annuale"

L'informativa sul trattamento dei dati personali è consultabile su <https://www.to.camcom.it/privacy-areaRF>, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.